

CERTIFICAT MÉDICAL SELON LE QUESTIONNAIRE MÉDICO-SPORTIF

Je, soussigné-e certifie avoir examiné en date du : _____

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Et le (la) déclare :

☐ Apte à _____ **sans restriction**

☐ Apte aux conditions suivantes : _____

☐ Inapte

Lieu et date :

Timbre et signature du médecin (du sport)

Adresse et téléphone du médecin :

Ce certificat est à joindre au dossier d'inscription ou à la demande de maintien au concept « Sports-Arts-Études » dans la scolarité obligatoire (SAE-EO).